

被爆者一般健康診断

令和 7 年 9 月 2 6 日

(埼玉県医師会加入の医師が所属する医療機関の皆様へ)

被爆者一般健康診断についてのお願い

被爆者の健康診断につきましては、日頃御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、令和 7 年度第 2 回被爆者健康診断を下記のとおり実施していただきますようお願いいたします。

記

1 受診対象者	被爆者健康手帳所持者・健康診断受診者証所持者
2 実施期間	<u>令和 7 年 1 0 月 1 日（水）～令和 8 年 1 月 3 1 日（土）</u> <u>※ただし、下記 5 のとおり請求書提出〆切がありますので御注意ください。</u> ※次回、令和 8 年度第 1 回被爆者健康診断の実施は、令和 8 年 4 月 1 日～令和 8 年 9 月 3 0 日を予定しています。
3 受診者が持参するもの一覧 ・ 健診結果の記入方法等	(1) 被爆者健康手帳又は健康診断受診者証 (2) 一般健康診断問診票（問診票） ※「問診票」は健康診断の参考にしてください。 （請求書への添付は不要です）。 (3) 被爆者一般健康診断についてのお願い ※請求方法については下記 4～5 参照。 (4) 被爆者一般健康診断成績票（成績票）※複写用紙 ※本健診は、「成績票」に記載されている検査の範囲内で実施してください。 また、本健診は対象者に受診を強制するものではなく、必ずしもすべての項目を実施する義務もありません。 特に「<u>肝臓機能検査</u>」及び「<u>ヘモグロビン A1c</u>」は、<u>医師が必要と認めた場合にのみ実施してください。</u> ※「成績票」の太枠内は事前に受診者の方に記入していただくようお願いしています。 太枠内を含め、記入もれがないか確認した上で、健診結果を記入してください。 ※「成績票」の判定欄の「<u>異常なし</u>」「<u>経過観察</u>」「<u>治療中</u>」「<u>要精密検査</u>」のいずれかに○印を付けてください。 「<u>要精密検査</u>」の場合は、精密検査を必要とする項目を記入してください。 なお、該当するものがない場合（要治療、要再検査等）は、「<u>その他</u>」に記入してください。 ※各種用紙が不足する場合、御本人に改めて御持参いただくか、<u>後掲ホームページからダウンロード（複写用紙除く）</u>してください。

裏面も必ずお読みください。

4 健診結果の 取扱い	「成績票」は、4枚複写のうち1枚目を医療機関の控えとし、残り3枚を「検査料請求書」に添付してください。 <u>受診者への検査結果の通知については、埼玉県から複写用紙のうち（本人送付用）を送付して行います。</u>
5 検査料の 請求・支払い	本健診に要する検査料は、埼玉県から医療機関に後日お支払いします。下表「検査料算定表」に基づき、別紙様式1に成績票を添えて埼玉県に請求してください。 ※御本人への結果通知や精密検査の御案内を行う必要上、<u>健康診断終了後、順次、速やかに御提出ください。</u> （最終）令和8年2月20日（金）まで必着 ※なお、本健診時に成績票に記載のない検査を実施した場合には、その分の検査料をお支払いできませんので、御注意ください。 また、「成績票」記載の範囲内で実施したものについては、<u>受診者本人の自己負担はありません。</u> ※医療法人の場合、「検査料請求書」は下記記入例を参照して作成してください。

(検査料算定表・令和7年10月時点)

検査項目				単価（1人分）
一般 検査	白血球数	尿 検 査	蛋白	5,709円
	赤血球数		糖	
	ヘモグロビン(Hb)		ウロビリノーゲン	
	ヘマトクリット(Ht)		潜血	
	CRP	血圧値		
肝臓機能 検査	AST			2,079円
	ALT			
	γ-GTP			
ヘモグロビン A1c検査	ヘモグロビンA1c			539円

※検査料は「単価 × のべ検査人員数」でお支払いします。

※単価には初診料、血液採取（静脈）、各種判断料が含まれています。

【請求書記入例：医療機関が法人の場合】

開設者名 医療法人埼玉会 **理事長** 浦和一郎

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください。

医療法人では、代表者の肩書は「院長」ではなく「理事長」です。理事長名で請求してください。
理事長とは別の方（院長など）を請求者として記入する場合は、理事長からの本件手続きに関する委任状（任意様式）など権限を示す書類も必要です。

県ホームページの御案内（健診情報掲載中）

検索サイトや埼玉県庁ホームページで「埼玉県 被爆者医療」で検索し、『被爆者援護に携わる医療機関、介護事業者の方へ』のページを御覧ください。

又は右の二次元コードを読み取り⇒



（請求書等送付先）〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1
埼玉県保健医療部疾病対策課 指定難病対策担当
TEL 048-830-3583（直通）

原子爆弾被爆者健康診断検査料請求書

(令和7年度 秋)

検査項目	単価	件数	請求額	※ 決定額
一般検査※	5,709円	× 件＝	円	円
肝臓機能検査	2,079円	× 件＝	円	円
ヘモグロビンA1c検査	539円	× 件＝	円	円
合 計			円	円

※一般検査…対象者に健康診断を実施したことにより支払うもの

※印の欄は記入しないでください。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(宛先)
埼 玉 県 知 事

実施医療機関
所 在 地 〒

名 称

開設者名

※開設者が法人の場合は、法人名称、代表者職・氏名も必ず記入してください。

下記の口座に振り込んでください。※上記開設者名と同一名義の口座を御指定ください。

金 融 機 関 名		支 店 名	支 店
口 座 番 号	普通 ・ 当座 No. _____		
フリガナ			
口 座 名 義			

◎ 健康診断成績票（複写用紙3枚）を添付してください。

◎ 請求内容について確認事項等がある場合の連絡先を記入してください。
担当者所属・氏名（ ） 連絡先電話番号（ ）

※ 請求書等は令和8年2月20日（金）までの御提出をお願いします。